Zahnärztliche Praxis Drs GALLION- HEILI- LAFON-GROLLEMUND- SATY

Zahnarzthelferinnen: Alexandra, Laurence, Lucie, Marie, Véronique, Zora dentistesjaures@gmail.com

Wir danken Ihnen für das Vertrauen, das Sie uns durch den Kontakt mit unserer Zahnarztpraxis entgegengebracht haben.

Administrative Informationen. Telefon

...................................................................................................................................................................

Medizinischer Fragebogen.

Haben Sie die folgenden Zeichen gezeigt:

Anamnese: Atmungsstörungen....

Bitte beachten Sie die Liste der Medikamente im Anhang und informieren Sie uns, wenn Sie diese Behandlungen durchführen.

Bitte informieren Sie uns über jede Änderung der medizinischen Behandlung. Zu Händen der Patientin:

Sind Sie schwanger? Terminplanung

Zur Sicherheit unserer Assistenten und Patienten ziehen wir es vor, Termine ausschließlich telefonisch zu vereinbaren und per E-Mail zu bestätigen.

Das vorliegende Formular ist 2 Tage vor dem Termin per E-Mail an uns zurückzusenden.

**dentistesjaures@gmail.com**

Bitte denken Sie daran, Ihre Carte Vitale und Ihr CMU-Zertifikat bei jedem Termin mitzubringen, wenn Sie auf diesen Plan angewiesen sind.

Datum und Unterschrift :

ANHANG :

Nehmen Sie eines dieser Medikamente ein?

PRINCEPS PRADAXA DIDRONEL XARELTO CLASTOBANISCHE ELIQUIS LYTOS

SKELID AREDIA FOSAMAMAX FOSAVANCE ACTONEL BONVIVA BONDRONAT ZOMETA ACLASTA

Übersetzt mit [www.DeepL.com/Translator](http://www.DeepL.com/Translator) (kostenlose Version)